

# MRI検査依頼票

※太枠内のみ記入してください。

|      |  |            |       |       |   |   |
|------|--|------------|-------|-------|---|---|
| I D  |  | 検査日        |       | 年     | 月 | 日 |
| ふりがな |  | 男<br>女     | 紹介医院名 |       |   |   |
| 氏名   |  |            | 住所    |       |   |   |
| 生年   |  | 明大昭平令      |       | 電話番号  |   |   |
| 月日   |  | 年 月 日 ( 才) |       | 担当医師名 |   | 印 |

|              |                        |
|--------------|------------------------|
| 検査目的及び臨床参考事項 | 患者の状態 (歩行・車椅子・ストレッチャー) |
|              | 心臓ペースメーカー (無・有)        |
|              | 手術クリップ (無・有)           |
|              | 体内留置金属 (無・有)           |
|              | 妊娠 (無・有)               |
|              | その他                    |
| 体重 ( ) kg    |                        |

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 検査部位及び検査方法                |                      |
| 頭痛 [ ]                    |                      |
| 頸部 [ ]                    |                      |
| 胸部 [ ]                    |                      |
| 腹部 [ 肝・胆・膵・脾・腎・MRCP・MRU ] |                      |
| [ ]                       |                      |
| 骨盤部 [ ]                   |                      |
| 脊椎 [ 頸椎・胸椎・腰椎 ]           |                      |
| [ ]                       |                      |
| 四肢 [ ]                    |                      |
| その他 [ ]                   |                      |
| 単純・造影                     | 希望部位を上図に斜線で記入してください。 |

|          |                  |                  |    |  |  |  |  |    |        |          |          |
|----------|------------------|------------------|----|--|--|--|--|----|--------|----------|----------|
| スライス数    |                  | T1               | T2 |  |  |  |  | 造影 | 造影剤・薬剤 | マグネスコープ  | 生理食塩水    |
|          | A X              |                  |    |  |  |  |  |    |        | _____ ml | _____ ml |
|          | S A              |                  |    |  |  |  |  |    |        | ボースデル    |          |
|          | C O              |                  |    |  |  |  |  |    |        | _____ ml |          |
|          | MRA              | 原画像 ( ) 投影画像 ( ) |    |  |  |  |  |    |        |          |          |
| MRCP・MRU | 原画像 ( ) 投影画像 ( ) |                  |    |  |  |  |  |    |        |          |          |
| 備考       |                  |                  |    |  |  |  |  |    | 指示医    | 技師       |          |